1re Année. — No 4. 1 franc le Numéro. 1er Novembre 1880.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

Fondée et publiée par le Dr E.-J. MOURE

ABONNEMENTS :		BUREAUX :
France	10f par an.	Rédaction : 28, cours de l'Intendance.
Étranger	12 »	Administon : 16, rue Cabirol, Bordeaux.

Toute demande d'abonnement devra être accompagnée d'un mandat-poste.

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.
Pour tout ce qui concerne la Rédaction,
S'adresser à M. le Docteur E.-J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, à Bordeaux; pour les Annonces et les Abonnements, à M. l'Administrateur, 16, rue Cabirol.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Étude sur les kystes du larynx.

Par le docteur E.-J. Moure (1).

Ayant eu l'occasion d'observer trois cas de tumeurs kystiques de l'organe vocal, nous avions songé tout d'abord à les publier isolément, n'osant tirer aucune conclusion de ces faits encore trop peu nombreux; mais après nous être livré à quelques recherches sur ce sujet, nous sommes parvenu à réunir un assez grand nombre d'observations qui, ajoutées aux documents qu'ont bien voulu nous fournir la plupart de nos confrères spécialistes, nous ont permis d'explorer ces parties de la pathologie laryngée, à peu près délaissées jusqu'à ce jour. Notre but est d'enrichir cette dernière d'un nouveau chapitre, distinct de celui des polypes en général dans lequel on avait englobé les tumeurs kystiques, leur consacrant à peine quelques lignes et bien plus souvent encore une simple mention.

(1) Travail communiqué au Congrès de Milan (section de laryngologie, séance du 5 septembre 1880.)

L'on s'étonnera peut-être de nous voir séparer les kystes *intra* et *extra laryngés* en deux catégories; mais il sera facile de voir par la suite de ce travail, que si la nature de ces deux tumeurs est généralement la même, les symptômes qu'elles déterminent, le volume qu'elles acquièrent, et aussi les procédés opératoires qu'elles réclament sont absolument distincts. C'est pour donner plus de clarté à cette étude que nous avons séparé ces deux sortes de lésions, d'après le siége qu'elles occupent dans l'organe phonateur.

Nous diviserons notre travail en trois parties : la première comprendra l'historique de la question; la deuxième partie ou premier chapitre, contiendra une étude sur les *polypes kystiques siégeant dans l'intérieur du larynx* (kystes intra-laryngés), et la troisième (chap. II), traitera spécialement des *kystes extra-laryngés*, et en particulier des *kystes de l'épiglotte.*

Dans chacun de ces chapitres nous passerons successivement en revue : Les causes qui peuvent présider au développement de ces productions morbides, les symptômes observés soit par le malade lui-même, soit par le praticien qui fait l'application du miroir laryngoscopique, la marche, la durée et le mode de terminaison de ces tumeurs, leur diagnostic, et enfin, le traitement qui nous a paru le plus efficace dans chacun des cas observés et suivant le siége du néoplasme.

Nous ferons suivre l'historique de quelques remarques sur la pathogénie des tumeurs kystiques du larynx et sur leur anatomie pathologique, caractères communs aux productions intra et extra-laryngées.

HISTORIQUE

Les kystes du larynx sont des lésions qui appartiennent toute entière à la science moderne, et il serait bien difficile de trouver dans la période anté-laryngoscopique, des observations que l'on pût faire rentrer dans le cadre que nous allons tracer. Les quelques tumeurs supposées kystiques, signalées avant cette époque, offraient toujours des caractères plus ou moins équivoques qui permettaient de douter de leur nature réellement kystique.

Boyer (1), en 1814, semblait déjà soupçonner l'existence de ces lésions, lorsque donnant la description des polypes vésiculaires il dit : « Les polypes vésiculaires ont leur siége à toute la surface de la peau et des membranes muqueuses; nous les voyons dans les fosses nasales, dans le conduit auditif, dans le larynx.... » Mais si nous suivons l'auteur dans sa description, il n'est pas difficile de voir qu'il fait allusion aux polypes muqueux : « L'anatomie pathologique, qui doit seule nous diriger dans l'étude des nombreuses tumeurs dites polypes, nous apprend que le polype vésiculaire est constamment pédiculé et formé d'une enveloppe mince qui renferme un tissu aréolaire à mailles très serrées et contenant un liquide séreux....... la sérosité qu'ils renferment est à peine sensible, de sorte que si on les presse dans un linge (p. 94), celui-ci devient peu humide. Cependant, ce tissu s'écrase, ainsi qu'on l'observe pour les polypes des fosses nasales. » Quelques années plus tard, en 1824, Pravaz (2) relate bien l'observation d'un capitaine de vaisseau qui fut transporté à l'hôpital de Brest dans un état de suffocation imminente avec une respiration sifflante, et dont l'inspiration était beaucoup plus pénible que l'expiration. Ce malade, après deux mois et demi de séjour à l'hospice, mourut; et l'autopsie démontra l'existence de *deux tumeurs transparentes hydatiques, du volume d'une noix, adossées l'une contre l'autre, placées au-dessous de l'épiglotte*, et remplissant surtout à droite, une bonne partie des ventricules, tumeurs que l'on aurait pu opérer, ajoute Lebert (3), qui a également consigné cette observation au nombre des kystes hydatiques du larynx.

L'inspiration sifflante et difficile présentée par le malade durant la vie, l'existence de *deux* tumeurs aussi volumineuses occupant, selon toute vraisemblance, les replis ary-épiglottiques, rappellent de tout point l'œdème mou du larynx, qui accompagne la plupart des altérations chroniques et diathésiques de cet organe. Il est également probable que les autres observations de kystes hydatiques de l'organe vocal,

(1) *Traité des Mal. chirurg.*, p. 93 (T. II, 5e édit.)
(2) *De la phthisie laryngée.* Thèse Paris. 1824.
(3) *Traité d'anatomie pathol.* T. II, page 600 (1857).

auxquelles fait allusion Lebert à la fin de son article (1), et rapportées par Delormel (2) et Otto (3), sont aussi équivoques que celles de Pravaz.

Il faut ensuite arriver jusqu'à l'année 1852, époque où M. le professeur Verneuil montra à la Société d'anatomie de Paris, une langue provenant d'un des pavillons de l'école pratique, et sur laquelle on voyait au-dessus de l'os hyoïde, une double tumeur composée de deux kystes gros chacun comme une noisette, et communiquant entre eux par une portion étroite. « Le siége de ces tumeurs, dit le savant clinicien, est remarquable, mais il trouve sa raison d'être dans la disposition anatomique de la région; en effet, l'os hyoïde se prolonge en haut sous forme d'apophyse osseuse, et dès lors on comprend qu'en raison des mouvements de cet os, une bourse muqueuse se soit développée en avant de cette apophyse, et qu'il soit ensuite survenu un hygroma de cette bourse (4). » L'année suivante, M. Verneuil présentait à la même Société le dessin du kyste précédent, et montrait de plus un singulier prolongement tubuleux et infundibuliforme de la muqueuse laryngée qui reçoit le cul-de-sac du ventricule droit. Cette poche, dont l'orifice admet sans peine une grosse plume à écrire, a le volume d'une noisette et communique largement avec le larynx, se logeant dans l'espace thyro-hyoïdien entre la membrane de ce nom et la membrane fibreuse hyo-épiglottique. Rien de semblable n'existait du côté opposé, mais il y avait un polype muqueux à l'insertion antérieure des cordes vocales (5).

Ces quelques faits *observés par hasard*, publiés sans détails, montrent combien la science était pauvre en documents de cette nature avant la découverte de Czermack et de Turck; mais à peine le miroir larygingien fut-il iutroduit dans la pratique médicale, qu'une pathologie toute nouvelle basée sur l'observation, prit place à côté de l'ancienne.

Cependant, le premier cas *authentique* du kyste du larynx ne fut observé que quelques années plus tard, en 1863, par

(1) *Loc. cit.*, p. 600.
(2) *Journal général de médecine.* — Janvier 1808.
(3) *Handbuch der path. anat.* — Berlin, 1814.
(4) *Bulletin de la Société d'anatomie*, 1852. — T. XXVII, p. 103.
(5) *Bulletin de la Société d'anatomie*, 1853. — T. XXVIII, p. 8.

M. Durham, (1) qui le communiqua à la Société médico chirurgicale de Londres (séance du 10 novembre 1863). Il fut alors publié dans le *Médical Times and Gazet* du 21 novembre, et dans le *British Médical* du 28 novembre de la même année. Il s'agissait dans ce premier cas, d'un kyste occupant la face laryngée de l'épiglotte, opéré par les voies naturelles à l'aide du bistouri ; le malade porteur du néoplasme était un enfant de onze ans.

Cette même année, Virchow (2) rapportait un exemple de polype vésiculaire du larynx sortant du ventricule de Morgagni, chez un homme âgé ayant le larynx déformé.

Le troisième fait de cette nature, signalé par Bruns (3), était un kyste du ventricule droit observé chez un confrère de soixante-quatre ans et opéré au mois de mai 1864. Nous placerons à côté de cette observation celle du docteur Johnson (4) rapportée par cet auteur dans les transactions de la Société médico-chirurgicale de Londres, où il s'agissait d'une *tumeur vasculaire* (angiome) occupant la commissure antérieure des cordes vocales, qui fut opérée avec succès, à l'aide de l'écraseur.

En 1866, MM. Merckel (5), Rauchfuss (6) et Schrotter (7), communiquaient de nouveaux faits, et ce dernier faisait précéder son observation de quelques remarques sur la pathogénie de cette affection ; il essayait même d'esquisser l'historique de cette maladie, mentionnant les cas de Pravaz, de Delormel, dont nous avons déjà parlé, rappelant également l'observation de Rauchfuss publiée quelques mois auparavant ; mais il oubliait les observations de Durham, de Bruns, de Merckel, et celle de Gibb qui parut cette même année

(1) Cette observation a été ensuite successivement reproduite par les *Transactions of médico-chirurgical Society* (1864, vol. XLVII), par la *Gazette médicale de Paris* (1864, p. 54), et par M. Causit, dans son travail inaugural (*Étude sur les polypes du larynx chez les enfants*. Th. Paris. 1867, p. 36).

(2) Die krankh. Geschwülste, vol. I, p. 246. Berlin, 1863. (1re édit.)

(3) Die laryngoskopie und die laryng. chirurg. Tubingen, 1865, p. 383.

(4) Cité par Mackensie, in Growths in the larynx, London, 1871, p. 236-37.

(5) Deutsche klin. zeit. fur Boëhacht. aus. Deuts. klin. und Krank. 21 juillet 1866.

(6) Cité par Schrotter.

(7) Schrotter. — Médiz. jahrb. 12e vol., 6e fascic; Vienne 1866, p. 188.

dans son Traité des maladies de la gorge et de la trachée (1). En 1868, M. Morell-Mackensie (2) rapportait à son tour, une observation de production kystique de l'épiglotte chez une jeune femme de vingt-quatre ans. Puis de l'année 1870 à 1873, M. Schrotter (3) faisait connaître neuf autres exemples de kystes du larynx, dont quatre occupaient l'épiglotte, deux les arytéroïdes ; les trois autres étaient simplement mentionnés par l'auteur, qui ne donne aucun détail sur le volume, le siége et les différents caractères de ces tumeurs.

Pendant ce laps de temps, M. Morell-Mackensie (4) publiait son volume sur les polypes du larynx et ajoutait au premier fait qu'il avait déjà signalé trois ans auparavant, un nouveau cas de kyste qu'il faisait suivre d'une gravure destinée à rendre la lésion plus palpable. M. le professeur Sommerbrod (5) communiquait en 1872, une observation de kyste du bord libre de la corde vocale inférieure gauche, qu'il disait être le premier cas de cette nature observé en Silésie ; et enfin Bruns (6), en 1873, disait avoir observé deux autres exemples de ces sortes de productions morbides, dont l'une occupait l'épiglotte, l'autre le ventricule de Morgagni. En 1874 parut l'intéressant Traité de Tobold (7) sur les maladies du larynx où nous trouvons signalés 21 cas de kystes colloïdes des cordes vocales, parmi lesquels se trouve un seul fait de tumeur supposée réellement kystique.

(1) Gibb. — Deseases of the throat and Windpipe 1866, 2e édit., p. 154. — Cité par Morell-Mackensie in Growths in the larynx, p. 232-33.

Nous avons sous les yeux la première édition du Traité de Gibb (1860), dans laquelle il n'est fait aucune mention de ces sortes de néoplasmes.

(2) Medic Times and Gaz., 1868., vol. 1, p. 631, rapportée ensuite in Growths in the larynx, 1871, p. 131. (Observat. XXV.)

(3) Laryngolog. mittheil. jahresber. der klin. fur laryngosk. an der Wien. universit. 1871-73. Vienne 1875, p. 57.

(4) *Loc. cit.* p. 181. Observat. 185.

(5) Berlin, klin. Wochensch. 1872, n° 9. Cité par lui-même in separat. abdr. aus der Bresl. arztlich: zeitsch. n° 1. Sonnab. der 10 janv. 1880.

Nous devons placer ici l'observation signalée par Cohen à cette époque, dans la première édition de son Traité sur les maladies de la gorge, et rapportée dans la seconde édition : Deseases of the throat and aïr passages. New-York 1879, p. 538.

(6) Die laryngosk. und die laryngosk. chirurg. Tubingen 1873, p. 145.

(7) Laryngosk. und. kehlkopfkrank. Berlin 1874, p. 482 et suiv.

Vient ensuite une communication fort intéressante de kyste de l'épiglotte chez un enfant mort quelques heures après la naissance, faite par Edis (1), et publiée dans les actes de la Société obstétricale de Londres, qui en ont reproduit le dessin sous l'inspiration du docteur Barnes.

Parmi les auteurs qui ont encore rapporté de nouveaux exemples de ces sortes de production morbide, nous citerons : Fauvel (2), en 1876, qui relate trois observations de kystes du larynx dont un occupait le bord libre de l'épiglotte, et les deux autres étaient situés sur les cordes vocales, l'un à la commissure antérieure, l'autre à la moitié antérieure de la surface du ruban vocal du côté droit. Beschorner (3), en 1877, qui publie en détail deux cas de kystes de l'épiglotte, Cohen (4), en 1879, qui rappelle deux exemples de kystes des aryténoïdes déjà mentionnés par lui en 1872. Enfin tout récemment, M. le professeur Sommerbrodt (5) vient de faire connaître trois nouveaux cas de kystes des cordes vocales ; et M. Heinze (6), une observation de kyste de la corde vocale gauche chez un homme de quarante ans, et un cas d'angiome du ventricule droit, chez un homme de trente-huit ans.

Nous compléterons cette énumération en mentionnant ici les quelques faits de ce genre, qu'ont bien voulu nous fournir la plupart de nos confrères spécialistes. M. le docteur Labus a eu l'obligeance de nous communiquer une observation de tumeur fibro-kystique opérée par les voies naturelles, qui ne rentre pas tout à fait dans le cadre que nous avons tracé, mais qui offre le plus grand intérêt en raison même de sa nature complexe. M. le professeur Schrotter nous dit avoir dans sa collection, deux cas de kystes de l'épiglotte observés depuis la publication de ceux que nous avons déjà men-

(1) Transact. of the obstetric. societ. London 1876, vol. XVIII. p. 2.

(2) Traité des maladies du larynx, vol. 1. Paris, 1876, (p. 475. Observ. CXIV, — p. 597. Observ. CCXXX, — p. 569. Observ. CCIX.)

(3) Berlin. Klin. Wochens, n° 42, 15 octobre 1877, quatorzième année, p. 620.

(4) Déjà signalé plus haut, c'est la reproduction du cas rapporté dans sa première édition. (Voir page ci-contre).

(5) Breslauer Arztlichen Zeitsch. n° 1. Sonnab den 10 jauv. 1880, publié sêparément dans une petite brochure récente : Beitrage zur path. des Kehlk. Breslau 1880, p. 1 et suiv.

(6) Archiv. of laryngol. New-York, 1880. Vol. 1, n° 1, p. 24 et suiv., et vol. 1, n° 2, p. 134 et suiv.

tionnés. M. le docteur Félix Semon de Londres, nous a adressé deux observations intéressantes de kystes des ventricules de Morgagni. MM. les docteurs Lennox Browne et Thomas Slewelyn de Londres, ont également bien voulu se départir en notre faveur de deux cas de tumeurs épiglottiques tirés de leur pratique spéciale dont ils nous ont fourni tous les détails. M. Krishaber a eu aussi l'obligeance de nous envoyer une observation de kyste des cordes vocales, le seul qu'il ait observé durant sa longue pratique. Enfin, M Zawerthal de Rome, nous dit avoir rencontré vingt-deux fois une pareille altération, dont treize fois chez des femmes, et neuf fois chez des hommes ; quatre seulement de ces néoplasmes occupaient l'épiglotte et l'un des sujets était syphilitique.

A ces nombreux faits inédits, nous ajouterons deux autres exemples de kystes du larynx recueillis par le docteur Coupard à la clinique du docteur Ch. Fauvel, qu'il a bien voulu nous communiquer, et trois autres observations tirées de notre pratique personnelle. M. le docteur Morell-Machensie nous dit n'avoir point eu l'occasion de voir de nouvelles tumeurs kystiques de l'organe vocal depuis les derniers cas qu'il a déja publiés.

Si nous ajoutons à tous ces faits les observations de Turck (1) et de Gerhard (2), dont nous n'avons pu connaître ni l'année de la publication, ni les détails qui les concernent, nous arrivons au chiffre total de quatre-vingt treize observations, dont trente-quatre entièrement nouvelles.

Pour être exact et ne comprendre dans cette énumération que les tumeurs réellement kystiques, il nous faudrait peut-être éliminer d'abord la tumeur sanguine (Angiome) rapportée par le D[r] Johnson, puis vingt cas de *kystes colloïdes* signalés par Tobold, en ne conservant que celui qu'il donne comme étant de nature réellement kystique, faisant lui-même la distinction dans son ouvrage. Nous pourrions également supprimer les deux exemples rapportés par Cohen, kystes des aryténoïdes observés chez des sujets tuberculeux por-

(1) Nous n'attribuons à Turck qu'un seul cas de kyste du larynx au lieu de deux comme le font certains auteurs, car le premier fait signalé par lui n'est que la reproduction de l'observation publiée par Schrotter in Jahresber. der Klin. fur laryngosk. Vienne 1871. p. 50.

(2) Ziemssen's Cyclopœdia, vol. 7, p. 889.

teurs de lésions diathésiques au larynx ; et enfin, l'observation de tumeur fibro-kystique rapportée par le docteur C. Labus, et le cas d'Angiome du Dr Heinze.

En groupant tous les autres faits, nous formerions encore un total de 68 cas de kystes du larynx, dont 38 intra-laryngés occupant : 33 fois les cordes vocales, 5 fois les ventricules de Morgagni ; et 25 extra-laryngés, occupant : 23 fois l'épiglotte, et 2 fois seulement les aryténoïdes. Enfin, chez cinq malades ils occupaient une partie de l'organe phonateur non spécifiée par les auteurs (1).

De ces 68 cas, 34 entièrement inédits se répartissent de la façon suivante : 9 sur l'épiglotte, 23 sur les cordes vocales inférieures, et 2 dans les ventricules de Morgagni.

En résumé, les recherches auxquelles nous nous sommes livré et les correspondances que nous avons eues avec la plupart de nos confrères étrangers, nous ont permis de rendre cette énumération aussi complète que possible. Nous sommes loin d'être d'accord avec le docteur Heinze (2), qui rapportant dernièrement une observation intéressante de kyste de la corde vocale gauche, disait en terminant : Les cas de tumeurs kystiques opérées jusqu'à ce jour, s'élèvent au nombre de 17 (Tobold 9, Sommerbrodt 3, Fauvel 2, Gibb. et Merkel un chacun) et les cas observés sont plus nombreux. Cet auteur semblait, en effet, ne pas avoir connaissance des faits publiés par Durham, Bruns, Schrotter, Mackensie et quelques autres déjà cités.

Disons en terminant, que nous nous sommes naturellement efforcés de suivre dans notre historique l'ordre chronologique dans lequel ont été publiées les différentes observations dont la plupart seront résumées ou rapportées avec détail à la fin de chaque chapitre, donnant pour chacune d'elles, les indications bibliographiques qui les concernent.

(*A suivre.*) Dr E. J. Moure.

(1) Ces cinq derniers cas comprennent les 3 faits signalés par Schrotter, sans aucun détail, et les observations de Turck et de Gérhardt.

(2) *Archiv. of laryngol.*, no 1. 31 mars 1880. p. 26.

Traumatisme du voisinage de la trompe d'Eustache par un tuyau de pipe. Catarrhe purulent de l'oreille, Polype consécutif.

Par J. Baratoux.

Parmi les nombreuses questions de pathologie auriculaire, il en est une qui a toujours exercé la sagacité des auteurs, je veux parler du siége et du mode de formation des polypes.

En effet, les uns avec Vidal de Cassis, Bonnafont, Toynbee et Wilde disent que les polypes prennent généralement naissance dans le conduit auditif, surtout au niveau du tympan. Les autres au contraire, avec Triquet, de Trœlstch et Ladreit de la Charrière veulent en faire une production morbide qui n'apparaît presque toujours que dans la caisse du tympan.

Pour Wilde, les polypes ont ordinairement leur insertion sur la paroi postérieure du conduit auditif; l'exemple que nous rapportons est un nouveau fait qui viendrait corroborer l'avis de ce dernier auteur.

Quant à leur nature, les uns ont voulu assimiler les polypes de l'oreille aux polypes du nez. Ainsi Bonnafont pense que cette tumeur n'est qu'une production morbide due à l'altération des tissus sur lesquels elle se développe, et que son extraction ne saurait entraîner la guérison de l'otorrhée. Mais la majorité des otologistes, et parmi eux, Toynbee, Trœltsch, Triquet considèrent le polype comme une conséquence d'une suppuration chronique. Cependant Itard et Toynbee entre autres ont cité quelques observations où l'écoulement précurseur n'aurait pas été trouvé.

Ladreit de la Charrière croit que tantôt l'écoulement est la cause du polype, tantôt au contraire que celui-ci semble être la cause de l'otorrhée. Ce qui le prouve, dit cet auteur, c'est que son enlèvement est suivi d'une prompte guérison.

Pour Duplay, les polypes qui naissent dans le conduit auditif ou sur la membrane du tympan, sont toujours dus à un écoulement purulent, tandis que ceux de la caisse peuvent parfois se développer à la suite d'une inflammation chronique de la muqueuse tympanique et sans perforation du tympan.

Lorsque ces tumeurs sont dues à une otorrhée, elles peuvent se montrer à toutes les périodes de cette maladie, même

dès la fin du premier mois. C'est ce que nous avons pu constater chez le malade qui fait le sujet de cette note.

Chez lui en effet, la lésion qui a produit tous les troubles auditifs, était située dans la bouche; ce n'est que grâce à sa propagation par la trompe, que l'oreille moyenne a suppuré, et ce n'est qu'au bout d'un mois que le polype a apparu. Il est donc certain qu'il a été la conséquence de l'otorrhée.

Excisé deux fois, il n'a pas tardé à reprendre son ancien volume, car l'écoulement n'était pas tari. Il a fallu la disparition de celui-ci ou plutôt la disparition de la cause qui avait amené l'otorrhée, pour amener la guérison de la tumeur.

Ainsi le polype était presque détruit le 15 février, lorsque trois jours après, nous avons pu retirer de la plaie buccale le morceau de tuyau de pipe, cause de tous ces désordres. Le 21 février, la cicatrice de la plaie buccale était faite, et cinq jours après, l'affection auriculaire était guérie. Voici, du reste, l'observation détaillée :

OBSERVATION :

Le 25 juillet 1879, M. Morlet, âgé de sept ans, ayant dans la bouche un tuyau de pipe en terre noire, s'est heurté contre un mur; le tuyau s'est cassé par la violence du choc et a pénétré en même temps dans les parties molles de la bouche, à l'union des branches horizontale et verticale du maxillaire inférieur droit. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie, mais l'enfant a eu une énorme salivation, et à partir de ce moment, il lui a été presque impossible d'ouvrir la bouche; c'est à peine s'il pouvait avaler les liquides le jour et le lendemain de l'accident. Il se plaignait d'une douleur assez vive qui s'est calmée dans la soirée; il n'a pas eu de fièvre et a bien dormi la nuit suivante.

Les parents ne croyant qu'à une érosion de la muqueuse n'appelèrent pas le médecin.

Le lendemain l'enfant ne peut ouvrir la bouche; il ne ressent plus qu'une légère douleur qu'exagèrent les mouvements de la mâchoire, aussi ne peut-il prendre qu'un biscuit trempé dans du vin. On ne constate aucune tuméfaction de la région. Le soir, il a de la fièvre et du délire.

Le jour suivant, il prend un potage et du lait; mais il ne peut manger aucun aliment solide, l'ouverture de la boucbe étant impossible; cependant il n'éprouve plus de douleur.

Les parents s'aperçoivent qu'il s'écoule subitement de la bouche un liquide jaune-verdâtre qu'ils évaluent à la contenance d'un verre à liqueur; et quand le malade appuie sur la région parotidienne droite, le pus sort en plus grande abondance par l'ouverture buccale.

C'est à partir de ce moment que l'enfant peut prendre de la viande.

L'écoulement purulent paraît alors s'arrêter, mais le malade a de la fièvre pendant deux ou trois soirs.

Depuis cette époque, il peut ouvrir la bouche et les arcades dentaires s'écartent de façon à laisser entre elles un espace de quelques millimètres.

Vers le 12 septembre, les parents s'aperçoivent que la région ptérygo-maxillaire est légèrement enflée; les jours suivants cette partie augmente encore de volume.

Nous voyons l'enfant le 25 du même mois. A ce moment il ne se plaint pas de douleurs, il n'a aucun écoulement purulent, il n'éprouve que de la difficulté à ouvrir la bouche, et ne peut manger qu'en se servant d'une cuiller à café.

A l'union des branches montante et horizontale du maxillaire inférieur, sur la partie alvéolaire de l'os, on aperçoit un bourgeon charnu de la grosseur d'une noisette; à sa partie supérieure est une ouverture fistuleuse par laquelle il ne sort pas de pus. J'introduis par cet orifice un stylet qui se dirige en bas et en dehors jusqu'à une profondeur de deux centimètres, et là je sens le contact d'un corps dur et résistant.

La région parotidienne droite est tuméfiée. Le ganglion præ-auriculaire, ainsi que les ganglions de la partie latérale droite du cou ont le volume d'un haricot.

Le 26 septembre, la mère s'aperçoit qu'il s'écoule du pus du conduit auditif droit. L'enfant n'a ressenti aucune douleur. J'introduis un speculum dans l'oreille et je constate une perforation située à la partie postéro-inférieure du tympan; l'écoulement de l'oreille est peu abondant. Je fais faire des injections d'eau tiède, des instillations de sous-acétate de plomb dans l'oreille et je fais recouvrir la région parotidienne de cataplasmes enduits d'onguent mercuriel. Je touche en outre le bourgeon charnu de la bouche, avec une solution de perchlorure de fer.

Le 4 octobre, l'écoulement de l'oreille a presque disparu; c'est à peine si le soir on aperçoit quelques gouttes de pus

sur le coton qu'on a introduit dans le conduit auditif, le matin. La tuméfaction de la région parotidienne a aussi beaucoup diminué.

L'enfant ayant pris froid le 5 octobre, l'écoulement purulent devient abondant et reste tel pendant huit jours.

Pendant toute cette période et trois fois par semaine, je touche la tumeur de la bouche avec une solution de perchlorure de fer, sous l'influence duquel le bourgeon se rétracte au point de n'avoir plus que le volume d'un haricot.

La perforation du tympan occupe presque toute la moitié de la membrane; le conduit auditif n'offre aucune granulation.

Le 15 octobre, l'écoulement purulent de l'oreille est moins abondant. La bouche s'ouvre plus facilement depuis quelques jours et aujourd'hui on constate un écartement de 6 millimètres entre les arcades dentaires.

Nous ne revoyons l'enfant que le 22 octobre; il n'a éprouvé ni douleur ni céphalalgie. Les injections sont mal faites par les parents, car nous trouvons dans le conduit auditif un bouchon de pus concret qui le remplit entièrement. Ayant enlevé ce bouchon, nous voyons sortir un pus jaunâtre en assez grande abondance. Nous constatons alors, sur la partie postéro-inférieure du conduit, un polype qui empêche de voir les trois quarts postérieurs du tympan.

Le bourgeon charnu de la bouche presque entièrement rétracté, présente une ouverture centrale qui laisse passer facilement la pointe d'un stylet de trousse. L'haleine est fétide. L'empâtement de la région parotidienne a presque disparu; seul le ganglion præ-auriculaire est assez marqué.

Le polype est touché avec la solution de perchlorure de fer et la bouche avec le crayon de nitrate d'argent.

Le 15 novembre, M. le docteur Gellé déchire légèrement le polype avec une pince à pansement et cautérise ensuite la partie non excisée avec le perchlorure de fer.

Deux jours après, on constate que le ganglion præ-auriculaire a disparu, mais le ganglion situé au-devant du lobule de l'oreille s'est enflammé et la région parotidienne est empâtée.

Application de cataplasmes et d'onguent napolitain belladoné.

Le 19 novembre, l'enfant éprouve de la douleur dans toute cette région, le ganglion est rouge et luisant.

Le 23, la tumeur devient fluctuante; on y fait une ponction, il s'en écoule un sang épais et grumeleux.

Le 25, l'ouverture s'étant refermée, la tumeur est très fluctuante et résistante. On l'ouvre avec le bistouri; il en sort un pus abondant et mélangé de sang.

Toute cette partie est recouverte de cataplasmes. Pendant quelques jours le pus s'écoule par l'ouverture, et bientôt les bords de la plaie se recouvrent de bourgeons charnus qu'on touche avec le perchlorure de fer. Sous cette influence ils ne tardent pas à disparaître, et vers le 10 décembre la plaie est cicatrisée.

Malgré les cautérisations au perchlorure de fer, le polype reprend son ancien volume. Du reste, les lavages de l'oreille sont négligés par les parents, aussi l'écoulement persiste-t-il toujours.

J'excise la tumeur avec mon polypotome et je cautérise le pédicule avec du perchlorure de fer.

Quant à la tumeur de la bouche, elle offre une ouverture qui s'est légèrement agrandie et qui laisse sortir un peu de pus.

Pendant tout le mois de janvier 1880, je touche avec du perchlorure de fer cette tumeur ainsi que celle de l'oreille.

Les injections sont interrompues et le polype a repris son ancien volume.

M. Gellé, qui revoit l'enfant à la fin de janvier, excise le polype avec ma pince et me prie de continuer la cautérisation au perchlorure de fer.

Il constate aussi que par la fistule de la tumeur de la bouche on peut sentir un corps dur, qu'il suppose être un morceau du tuyau de pipe.

Pendant la première quinzaine de février, je fais moi-même les lavages de l'oreille et je cautérise ensuite le pédicule du polype et la plaie de la bouche. Le polype a presque entièrement disparu le 15 février, et l'écoulement de l'oreille est très peu abondant.

Sous l'influence des cautérisations des bords de la tumeur de la bouche, l'ouverture s'était agrandie au point de permettre d'apercevoir au fond de la plaie, un petit corps noir que nous supposâmes être le morceau de la pipe qui était de cette couleur. Nous essayâmes de le faire remuer avec un stylet de trousse, sans pouvoir y parvenir. Après avoir

répété cette manœuvre le lendemain, nous introduisons entre ce corps étranger et les parties molles, un stylet assez fin qui vient se placer derrière le tuyau de pipe. Il s'écoule alors un pus très fétide et très abondant.

Les deux jours suivants nous recommençons la même opération, mais cette fois avec le stylet de trousse; nous pouvons remue et soulever un peu ce corps étranger, et le troisième jour, nous le retirons. Ce morceau de pipe noire avait une longueur de trois centimètres et un diamètre de cinq millimètres.

Pendant quelques jours, le malade s'est gargarisé avec une solution de chlorate de potasse et au bout de trois jours, la cicatrice était complète et il ne restait aucune trace de cet accident dans la bouche.

Dans cet intervalle, le pédicule du polype fut complètement détruit. La suppuration de l'oreille se tarit très vite dès que le corps étranger fut extrait de la bouche, et quelques jours suffirent pour permettre au tympan de se cicatriser; de sorte que le 26 février, l'enfant était complètement guéri de sa plaie de la bouche, de son polype, et de sa perforation du tympan.

Nous avons revu l'enfant au mois de juin 1880. Son tympan paraît normal; l'audition est très-bonne.

La bouche ne conserve aucune trace de la plaie.

Il est probable que la présence du corps étranger dans la fosse ptérygo-maxillaire a déterminé la suppuration de l'espace environnant, que par suite, la trompe d'Eustache s'est enflammée et que cette inflammation a déterminé celle de l'oreille. Ce catarrhe purulent a déterminé la perforation du tympan, le pus a irrité le conduit auditif, et c'est sous cette influence qu'est apparu le polype.

Plus tard, ayant enlevé le corps étranger, toute inflammation a disparu dans la bouche; la trompe d'Eustache et la caisse du tympan sont revenues à l'état normal; la membrane s'est cicatrisée et le polype a disparu à la suite de son excision et de la cautérisation de son pédicule.

Tels sont, en résumé, les faits intéressants que nous avons pu constater chez un enfant de sept ans et de tempérament strumeux.

J. Baratoux.

CLINIQUE DU Dr CH. FAUVEL

Gomme syphilitique occupant la moitié droite de l'épiglotte et du vestibule glottique.

Par G. COUPARD, *chef de clinique.*

M. Alfred L... âgé de quarante-neuf ans employé de commerce, vint à la clinique le 15 mars 1880. Nous ne trouvons dans ses antécédents morbides, qu'une blennorrhagie qu'il eut à l'âge de trente-trois ans, il n'a jamais eu, dit-il, d'accidents syphilitiques.

La maladie pour laquelle il vient consulter le docteur Fauvel remonte à six mois. A cette époque, après quelques jours d'une gêne légère, il est pris subitement d'une toux quinteuse, fréquente, donnant lieu après l'accès à des étouffements effrayants.

Les crachats muqueux qu'il expectore sont souvent striés de petites nappes et de filets sanguins. Après chaque quinte, sa voix reste voilée pendant quelques heures au début; puis, vers le deuxième mois, pendant des journées entières. Les étouffements augmentent d'intensité et de durée.

Le malade maigrit, perd ses forces, et est obligé de garder le repos le plus absolu. Il déglutit difficilement et ne peut avaler que des aliments demi-liquides.

Les différents traitements auxquels il est soumis n'apportent à son état qu'une amélioration passagère.

Quand il se présente à la clinique, le 15 mars 1880, sa voix est complètement éteinte depuis trois semaines, la dyspnée est continuelle avec exacerbation nocturne.

Il est très maigre, la coloration de la face est d'un jaune mat, le voile du palais d'un rouge intense dans toute son étendue, et le pharynx est recouvert de mucosités.

Le larynx a subi une déformation complète, à la partie inférieure droite de l'épiglotte, on aperçoit une tumeur de forme ovulaire dont le segment antéro-postérieur peut avoir trois centimètres de diamètre et une largeur un peu moindre.

La périphérie de cette tumeur est rouge, surélevée, d'aspect granuleux. recouverte par place de muco-pus qui s'étend sur les parties avoisinantes, le centre est d'un blanc grisâtre et ressemble au pertuis d'un anthrax à sa période gangréneuse.

Le bord droit de l'épiglotte est gros d'environ 5 millim., déjeté sur le bord opposé auquel il semble accolé ; il est rouge, granuleux, ainsi que la région aryténoïdienne. Il existe en arrière une ouverture laryngienne, mais il est complètement impossible de voir l'intérieur du larynx. Le cartilage aryténoïde gauche, la partie gauche de l'épiglotte sont sains, éloignant l'idée de phymie laryngée.

En dehors, au-dessous du maxillaire inférieur et du même côté, sur le trajet carotidien, existe sous la peau une autre tumeur du volume d'une grosse noisette. Au toucher, elle semble dure comme les ganglions des tumeurs cancéreuses.

En présence de cette tumeur ulcérée interne, de cette tumeur externe que l'on pouvait prendre pour un ganglion, l'idée de cancer laryngien se présentait tout d'abord.

Malgré les dénégations absolues du malade, l'absence de fétidité et de douleur (excepté pendant la déglutition), le manque d'hémorrhagie, car les hémorrhagies citées plus haut méritaient à peine ce nom, ne se produisant qu'après de pénibles accès de toux, firent porter au docteur Fauvel le diagnostic de *gomme ulcérée*.

Vu le rétrécissement considérable de l'ouverture laryngienne, nous employâmes d'abord les frictions articulaires avec l'onguent mercuriel, 2 grammes matin et soir. A l'intérieur, deux cuillerées de sirop phéniqué.

Après douze jours de traitement, l'ulcération avait diminué de moitié, ainsi que la gomme sous-paucière.

Le larynx revenait aussi à un aspect plus normal. On pouvait apercevoir les cordes supérieures rouges et gonflées. La respiration redevenait naturelle, les mouvements de déglutition se faisaient avec plus de facilité et le malade avalait sans douleur toutes sortes d'aliments.

L'aspect général était plus satisfaisant, la face se colorait et le malade constatait un retour rapide de ses forces disparues.

La salivation ayant commencé à paraître, nous mîmes le malade à l'iodure de potassium, 3 grammes par jour, et, avec cette même solution nous fîmes des attouchements laryngiens. La douleur fut extrême et il fallut la remplacer par le chlorure de zinc au 50e.

Après deux mois de traitement, toute trace de lésion avait à peu près complètement disparu.

G. COUPARD.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 septembre 1880. Présidence de M. WURTZ.

Recherches sur la présence de micrococus dans l'oreille malade ; considération sur le rôle des microbes dans le furoncle auriculaire, par le Dr LOWENBERG, présenté par M. Marey. — La découverte récente de M. Pasteur, qui a constaté la présence du microbe dans le furoncle, a été le point de départ des recherches de M. Lowenberg, qui a retrouvé le même micro-organisme dans le furoncle du conduit auditif. Si le premier furoncle est dû à l'immigration d'un microbe provenant de l'air, la multiplication de ces petits abcès est le résultat de l'*auto-contagion.* Le furoncle une fois ouvert, le pus se répand à la surface de la peau charriant les microbes spéciaux, qui peuvent se loger dans un ou plusieurs follicules pilo-sébacés et provoquer ainsi une série de furoncles. Son mémoire contient plusieurs faits à l'appui de cette hypothèse. Une fois cette dernière admise, il faut admettre également que la contagion peut s'opérer d'individu à individu, et il pense, en effet, que le furoncle est contagieux.

Conformément à cette manière de voir, il pratique le traitement suivant : il fend le furoncle dans toute son épaisseur (après pulvérisation réfrigérante) et emploie ensuite des bains locaux ; lotions avec des solutions d'acide hymique ou borique, ou bien il saupoudre avec ce dernier acide en poudre inpalpable.

Il traite également la furonculose générale par des lotions et des solutions à l'acide borique pour empêcher la formation de nouveaux clous; cette manière de voir et d'agir sera, peut-être, sanctionnée par l'expérience et les observations ultérieures.

Quant aux microbes trouvés *dans d'autres maladies de l'oreille,* il insiste sur le fait que dans les cas d'otorrhée où le nettoyage de l'oreille avait été négligé, et surtout lorsqu'il y avait fétidité, il a toujours trouvé des micrococus en quantités énormes. Considérant que le pus vient souvent des profondeurs de la caisse du tympan, de l'apophyse mastoïde même, on conçoit l'importance de cette observation.

Partout où on avait employé les émollients, les *cataplasmes* surtout, les débris (épidermiques et autres), retirés de l'oreille, étaient entourés d'une zone concentrique de micrococus. Peut-être pourrait-on expliquer de cette manière, l'effet destructif produit par l'application prolongée de cataplasmes sur l'oreille. On sait en effet, que l'usage continué de cette médication extérieure, suffit pour faire naître un ou plusieurs furoncles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 *octobre* 1880. — Présidence de M. Roger.

Recherches expérimentales sur la voix, au point de vue de l'intensité du son.

Voici les conclusions du travail de M. Krishaber :

1° Les cordes vocales génératrices du son, réduites à elles seules, ne produisent que des bruits très faibles dont la valeur musicale est difficile à déterminer.

2° L'intensité de ces sons primaires des cordes vocales est puissamment renforcée par les cavités pharyngo-buccale et pharyngo-nasale qui forment résonnateurs.

3° Le vestibule et les ventricules du larynx sont sans influence sur l'intensité du son chez l'animal sur lequel j'ai expérimenté et dont le larynx présente une grande analogie avec celui de l'homme.

4° La voix puise les caractères du timbre aux mêmes sources que ceux de l'intensité, avec cette différence toutefois que le timbre de la voix se trouve surtout déterminé par la cavité bucco-nasale, et son intensité par la cavité pharyngée, dont l'ampleur par conséquent, est l'une des conditions les plus essentielles de la puissance de la voix.

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE D'AMÉRIQUE.

Treizième réunion annuelle (21 Juillet 1880).
Présidence du Dr O. Green.

Le Dr Spencer (de Saint-Louis) présente un cas d'anévrysme de la partie moyenne de l'artère méningée dû à un traumatisme, observé chez un homme de vingt-six ans.

Le Dr Carles J. Kipp, rapporte un cas analogue qu'il observe depuis deux ans, le bruit perçu par le malade est calmé par la pression sur l'artère carotide.

Le Dr O. Green montre d'abord un cas de phlébite du sinus latéral, puis un spécimen de nécrose de l'apophyse mastoïde s'étendant jusqu'à la table interne de l'os, ayant succédé à une otorrhée qui avait débuté un an auparavant à la suite d'une fièvre typhoïde. Il présente aussi un exemple d'hypérostose de l'apophyse mastoïde chez un malade syphilitique qui succomba quelque temps après l'opération.

Le Dr Charles J. Kipp, prend ensuite la parole pour lire d'abord un travail sur les affections de l'oreille liées à la syphilis congénitale; et pour rapporter une observation de fistule auriculaire congénitale, faisant remarquer que dans trois cas observés par lui, il a toujours constaté la présence d'une poche kystique à la partie antérieure du tragus.

Seconde Session. — Présidence du Dr O. Green.

Le Dr Herman Knapp (de New-York) lit une note sur la conductibilité des os.

Le Dr Blacke (de Boston) présente d'abord un cas de catarrhe purulent de l'oreille moyenne, puis il montre le dessin d'une extose du conduit auditif, qu'il a eu occasion d'observer.

Enfin, le Dr Pommeray présente un nouveau modèle de seringue pour les oreilles; et le Dr J.-A. Andrew, un insufflateur de poudre pour le même organe.

Revue Bibliographique.

Œdème de la glotte, trachéotomie in-extremis.

Broncho plemo-pneumonie; menace de phthisie pulmonaire. Guérison avec aphonie partielle,

Par le Dr Marmisse.

L'observation que nous allons résumer est un bel exemple d'œdème de la glotte ayant succédé à l'action du froid humide sur le corps échauffé. La terminaison heureuse des complications qui ont suivi l'ouverture de la trachée pratiquée, comme le dit l'auteur *in-extremis* au moment où la malade allait cesser de vivre pour tous les siens, et que la vie même paraissait au-dessus des ressources de l'art, ce résultat favorable, disons-nous, nous semble plein d'enseignement et nous montre qu'il ne faut jamais reculer devant une opération dont le résultat immédiat est de sauver la vie du malade moribond.

L'indication était formelle, c'était aussi la seule branche de salut à laquelle il fallait songer en pareille occasion, et, malgré l'insuffisance de l'outillage, malgré toutes les conditions désavantageuses dans lesquelles a été pratiquée l'opération, grâce à son sang-froid, le praticien a pu opérer une véritable résurrection. Voici, du reste, un extrait de ce cas intéressant :

Mme L..., femme d'un courtier maritime, née en 1833, à l'île Maurice, avait eu une première grossesse heureuse en 1854, puis une deuxième en 1856, qui lui laissa une entérite chronique, contre laquelle la thérapeutique resta à peu près impuissante. En 1864, survint une troisième grossesse qui se termina au septième mois par l'expulsion d'un fœtus mort.

Le 2 janvier 1866, ayant le cou chaud et en transpiration, elle ôta une fourrure qu'elle portait depuis un mois environ, et, dès le lendemain, elle fut atteinte d'une *pharyngite aiguë*, qui, trois jours après avait encore laissé quelques douleurs au niveau du gosier, bien que les phénomènes fébriles eussent disparu. Le 6, la fièvre reprit accompagnée de recrudescence de la douleur gutturale, de céphalalgie, et même de dysphagie. Le larynx est rouge. Le 10 janvier, la voix s'éteint, et la malade éprouve la sensation d'un corps étranger à l'arrière-gorge. Le pouls bat 120 pulsations, mais la céphalalgie a disparu. On prescrit un traitement antiphlogistique.

Dès le 12 janvier surviennent de petits accès de suffocation, la respiration devient sifflante en dépit du traitement.

Le 20 janvier, le docteur H. Gintrac est mandé en consultation, et le diagnostic d'œdème de la glotte confirmé par le toucher. Toniques, poudre vomitive, (tartre stibié, ipéca) la suffocation augmente, l'orthopnée est permanente. Cornage.

Dans la nuit du 21 au 22, la dypnée fait toujours des progrès, l'asphyxie paraît imminente.

M. le docteur Marmisse qui, depuis deux jours, n'avait pas quitté la malade, décidé à pratiquer la trachéotomie, envoya chercher un de ses confrères; mais l'asphyxie marchait toujours, la sensibilité était nulle, la vision avait disparu, la malade mou-

rait étouffée, l'opérateur attendu n'allait trouver qu'un cadavre. Aussi, devant l'imminence du danger, le docteur Marmisse pratiqua-t-il avec le bistouri une première incision intéressant les parties molles, puis deux autres qui le firent pénétrer dans le tube aérien. Après le sifflement habituel produit par l'ouverture de la trachée, il se fit par les lèvres de l'incision et par la bouche, une expulsion de sang spumeux, et, à défaut de canule, le praticien introduisit dans le conduit aérien une sonde à uriner, qui suffit pour entretenir la respiration de la malade jusqu'à l'arrivée des confrères demandés, qui furent MM. H. Gintrac et Oré. Ce dernier agrandit l'incision trachéale et plaça la canule dont il s'était muni.

La physionomie de la malade reprend alors son teint animé.

Puis, MM. les docteurs Oré et Marmisse continuent à prodiguer leurs soins à la malade.

Le 25, débutent les premiers symptômes d'une broncho-pleuropneumonie (crachats, matité, râles sibilants, ronflants, crépitants, points de côtés, etc.)

Le 6 février, on retire la canule, la conversation est possible à voix basse, mais, huit heures après, la respiration s'embarrasse de nouveau, il est prudent de réintroduire la canule. Le 8 février, on la remplace par une autre de moindre calibre, la voix est plus timbrée.

Le 10 au soir, on la retire pendant quatre heures. Le poumon gauche est seul perméable à l'air. On retire chaque jour la canule, mais, dans la nuit du 15 au 16, la voix étant toujours rauque en l'absence de la canule, on essaie en vain de la replacer dans l'ouverture trachéale devenue trop étroite; de plus, la gêne de la respiration augmentant, on emploie le dilatateur et la sonde canelée, qui permettent de remettre le tube trachéal. La malade maigrit, la toux, l'expectoration sont à peu près constantes, et font craindre un début de phthisie pulmonaire; traitement par les révulsifs. Le 24 février, on supprime définitivement la canule, et le 15 mars, la conversation avec la malade est possible à trois pas de distance.

Le 10 avril, l'état général s'améliore, la déglutition est encore difficile, la voix toujours rauque, la toux laryngienne persiste avec une aphonie partielle.

L'amélioration continue à faire des progrès au point qu'au mois de mai 1868, deux ans après, elle accouchait heureusement d'un enfant qui fut confié aux soins d'une nourrice.

La malade n'a conservé de cette terrible atteinte qu'une extinction de voix, qui doit être regardée comme incurable, parce qu'elle doit être le résultat d'une lésion notable du larynx et surtout des cordes vocales.

J.-B.

Enseignement médical libre. — M. le Dr E.-J Moure commencera ses conférences cliniques sur les *maladies du larynx, des oreilles et du nez*, le mardi 26 octobre courant, à neuf heures du matin, à la clinique de la rue du Pont-de-la-Mousque, 32, et les continuera les vendredis et mardis suivant à la même heure.

Les premières leçons seront consacrées au maniement de l'otoscope et du laryngoscope, et les conférences suivantes porteront sur les maladies de l'organe vocal.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Presse française

Hémiglossite, par le Dr Bourguet (de l'Hérault). *Journ. de Méd. et de Chir. prat.* oct. 1880).

Rapports entre l'œil et l'oreille, par le Dr Dransart (de Somain), (*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, oct. 1880).

Etat de la caisse du tympan chez le fœtus et le nouveau-né. — (*Gaz. des hôp.*, 5 oct. 1880, n° 116.)

Du spasme laryngé dans l'ataxie locomotrice, par le Dr Krishaber. — (*Gaz. hebd.*, 8 oct. 1880, n° 41.)

A propos des causes prédisposantes du croup, par le Dr Destival. — (*Gaz. méd. d'Algérie*, 15 oct. 1880, n° 19).

Epistaxis traité par le perchlorure de fer; gangrène et mort. — (*Gaz. des Hôpit.*, 16 oct. 1880, n° 121. Extrait du journ. de Méd. de l'Ouest.).

Note sur l'ulcération du frein de la langue dans la coqueluche, par le Dr Catrin (de Condé). — (*France méd.*, 16 octobre 1880, n° 83.).

Cancer de la langue, par M. Duplaix, interne des hôp. — (*Prog. méd.*, 16 oct. 1880, n° 42.)

Tumeurs de l'oreille chez les aliénés.— (*Réveil méd.*, 2 oct. 1880, n° 21).

Presse étrangère

Sommaire des archives de laryngologie d'Amérique.
Ney-York, vol. I, n° 2, 1880.

Quelques remarques cliniques sur l'extraction des tumeurs bénignes du larynx, par les voies externes, par le Dr Solis Cohen (p. 109). — *Spasme fonctionnel du larynx.*— *Laryngo-typhus*, par le Dr Gerhardt (p. 119). — *Excision de la moitié du larynx, du pharynx, de l'os hyoïde et de la base de la langue.* — Observation, guérison par le Dr Arpad G. Gerster (p. 124). — *Angiome du larynx*, par le Dr O. Heinze (p. 134). — *Anatomie normale et pathologique du larynx*, par le Dr Carl Seiler (p. 137). — *Fracture du cartilage cricoïde dû à la pendaison*, par William Porter (p. 142). — Des *affections malignes du larynx, associées au cancer de la gorge*, par le Dr Feltcher Ingals (p. 145).

Observation d'otite externe due à la présence de parasites (aspergillus nigricans), par le Dr Robert Torrance. — *Brit. Méd. journ.* samedi, 9 oct. 1880, n° 1032, p. 582).

De l'*Examen de l'oreille après la mort et de la fréquence de ses maladies ou de celles du tympan*, par le Dr David Foulis. — (*Brit. méd. journ.*, samedi, 16 oct. 1880, n° 1033, p. 619).

Ouvrages déposés au bureau du journal

Œdème de la glotte, Trachéotomie in-extremis, par le Dr Marmisse.

Causes, formes et traitement du tintement d'oreille, par le Dr Douglas Hemming. — (Londres, 1880, *Brit. médic. Assoc.*, 161. A. Strand (sera analysé).

Le propriétaire-gérant, Dr E.-J. Moure.

Bordeaux. — Imp. Nouvelle A. Bellier, 16, rue Cabirol.